·世界全科医学工作研究·

美国家庭健康预付费系统的经验及对我国的启示

胡玉红[1，2]，郭丽君[1，2*]，彭向东[1*]，孙炜[3，4，5]，鲍勇[3，4，5]

1.201203 上海市，上海健康医学院护理与健康管理学院
2.201318 上海市，上海中医药大学研究生院
3.200030 上海市，上海交通大学健康传播发展中心
4.200030 上海市，上海交通大学中国城市治理研究院
5.200030 上海市，上海交通大学行业研究院
*通信作者：郭丽君，教授；E-mail：guolj_16@sumhs.edu.cn
彭向东，讲师；E-mail：pengxd@sumhs.edu.cn

【摘要】 基于文献分析法，系统总结美国家庭健康预付费系统（Home Health Prospective Payment System，HHPPS）发展历程、分组情况和支付模式。美国家庭健康预付费系统从建立之初至今已经发展了三个版本，分组结果更加精细化、科学化，从最初的80个家庭健康资源组增长到432个家庭健康资源组。这种方法可以有效控费，但需要大量的家庭保健数据，需要科学完备的费用结算系统和病案管理系统，在我国现阶段推广实施还存在一定的困难。我国应该借鉴美国家庭健康预付费系统，建立一个统一标准化的评估系统，开发和完善居家医疗服务信息收集系统，多方面推动发展居家医疗服务，最终实现建立一个科学有效的付费模式，让居家医疗服务可持续的发展下去。

【关键词】 预付费卫生计划；家庭保健护理；家庭健康预付费系统；居家医疗服务；支付模式；美国
【中图分类号】 R 197.322 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0725

The Experience of the Home Health Prospective Payment System in the United States and Its Enlightenment for China

HU Yuhong[1，2]，*GUO Lijun*[1，2*]，*PENG Xiangdong*[1*]，*SUN Wei*[3，4，5]，*BAO Yong*[3，4，5]
1. School of Nursing and Health Management，Shanghai University of Medicine & Health Sciences，Shanghai 201318，China
2.Shanghai University of Traditional Chinese Medicine，Shanghai 201203，China
3.Health Communication Development Center，Shanghai Jiaotong University，Shanghai 200030，China
4.China Institute for Urban Governance，Shanghai Jiaotong University，Shanghai 200030，China
5.Institute of Industry Research，Shanghai Jiaotong University，Shanghai 200030，China
**Corresponding author：GUO Lijun，Professor；E-mail：guolj_16@sumhs.edu.cn*
PENG Xiangdong，Lecturer；E-mail：pengxd@sumhs.edu.cn

【Abstract】 Based on literature analysis， the paper systematically summarizes the development history， grouping and payment mode of the Home Health Prospective Payment System （HHPPS） in the United States. The Home Health Prospective Payment System has developed three versions since its establishment， and the grouping results are more refined and scientific， from the initial 80 home health resource groups to 432 home health resource groups. This method can effectively control expenses， but it requires a large amount of home health care data， scientific and complete expense settlement system and medical record management system. There are still some difficulties in the promotion and implementation in our country at this stage. Our country should learn from the Home Health Prospective Payment System of the American， establish a unified and standardized evaluation system， develop and improve the home medical service information collection system， promote the development of home care services in various aspects， and finally realize the establishment of a scientific and effective payment model， so as to enable the

基金项目：国家重点研发计划（2020YFC2006400）；上海健康医学院护理与健康管理学院学科团队建设项目（22HGXKTD001）
引用本文：胡玉红，郭丽君，彭向东，等.美国家庭健康预付费系统的经验及对我国的启示［J］.中国全科医学，2024.DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0725.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］
HU Y H，GUO L J，PENG X D，et al.The experience of the home health prospective payment system in the United States and its enlightenment for China［J］. Chinese General Practice，2024.［Epub ahead of print］



sustainable development of home care service.

【Key words】 Prepaid health plans；Home health nursing；Home health prospective payment system（HHPPS）；Home care services；Payment mode；United States

国家统计局发布的第七次全国人口普查数据显示，我国人口老龄化进一步加深[1]。尽管老年人口寿命延长，但一些健康指标（如日常生活自理能力、躯体功能和认知功能）的整体水平可能在变差，这对老龄健康保障体系、社会服务与家庭支持带来严峻挑战[2]。“健康老龄化”是各国应对老龄化问题的科学选择，通过提高老年人健康状况，延长老年人自理期，降低老年人失能和失智的风险，有利于提高老年人生活质量、减轻政府财政负担，节约社会资源[3]。为了实行健康老龄化政策，我国发布了多项政策支持健康老龄事业的发展，其中就包含加强老年居家医疗服务，旨在健全居家社区机构相协调、医养康养相结合的健康支撑体系。居家医疗服务是指医疗机构按照有关要求为特定人群，重点是老年患者提供诊疗服务、医疗护理、康复治疗、药学服务、安宁疗护、中医服务等上门医疗服务[4]。美国的家庭健康保健主要是为某些无法获取社区医疗必要服务或者无法住院的患者提供居家环境下的医疗护理服务[5]，其服务内容包括护理服务、家庭保健辅助服务、物理疗法、言语病理性服务、作业疗法、医疗社会服务[6]。家庭保健服务的资金主要来源于医疗保险、医疗补助、健康保险有长期护理保险、私人健康保险、人寿保险、年金等，其具体的支付情况由其缴纳的保险来定[7]。美国家庭健康预付费是专门为家庭健康机构提供家庭医疗保健服务设计的付费模式。我国居家医疗服务制度尚不完善，尤其是支付方式，我国目前尚未建立科学有效的居家医疗服务预付费制度。而支付方式是保障参保人员权益和控制医疗费用的重要手段[8]，因此本文旨在对美国家庭健康预付费系统的发展历史、分组流程、支付方式进行介绍，并讨论家庭健康预付费系统可借鉴的地方，为建立适合我国国情的、高效的居家医疗服务支付保障机制提供参考。

1 文献来源及检索策略

本文采用中文检索词“家庭健康预付费系统”“家庭健康患者驱动分组”，英文检索词“home health prospective payment system、home health patient-driven groupings model”在谷歌学术、Pubmed、美国医疗保险和医疗补助服务中心及家庭健康预付费系统网站进行文件搜索，检索时间设定为建库到2022年10月。纳入标准：与家庭健康预付费系统相关，可开放获取；排除标准：与付费无关的疗效性文献及无法开放获得的文献，如果出现历年更新的政策文件以2022年的细则为标准。本文文献多数为美国家庭健康预付费系统网站使用文献，因此文献质量可靠、准确。最终纳入文献29篇。

2 美国家庭健康预付费系统概述

美国家庭健康付费系统起初是为了控制费用快速增长，而后是为了更好地、科学合理地体现医疗服务费用价值，不断进行优化改进。美国家庭健康保健服务主要侧重于患者改善功能状态和康复，与急性期医疗不同，其需要较长时间，该系统能有效减少医疗费用及再入院率[9-11]。很多学者也对该模式进行了探讨，发现目前各国的居家医疗服务系统支付方式都采用病例模型分组的模式，预测因子包含日常功能、身体功能等指标，在测算中与其他居家医疗模式相比，美国的家庭健康资源组（Home health resource group，HHRGs）预测能力最高[12]。

2.1 美国家庭健康预付费系统（HHPPS）的由来

美国的家庭健康保健发展经历了一个坎坷的过程，起初家庭健康保健的建立是以慈善为目的，保险公司发现这种服务有利可图，因为这种服务可以延长寿命，同时收取保险费用进而减少死亡抚恤金的支付。20世纪20年代，由于传染病的减少及慢性疾病的增多，这种情况发生变化，保险公司发现提供更多的护理不能改善结果，无利可图，从而试图限制就诊次数最终达到彻底取消家庭健康保健服务。第二次世界大战以后，慢性疾病大量增加，让医疗机构不堪重负，开始考虑将家庭保健服务作为替代方案[13]。1980年后，美国出台多项政策，大力扶持家庭健康保健服务，家庭健康服务开始大量扩张和发展。由于家庭健康服务的大量使用及可能存在的滥用情况，使得家庭健康服务的总体支出迅速上升。为了有效遏制费用的上涨，1997年的家庭健康机构（home health agencies， HHAs）实施了临时支付机制（the interim payment system，IPS），1999年综合和紧急补充拨款法案（the Omnibus Consolidated and Emergency Supplemental Appropriations Act，OCRSSA）修订的1997年平衡预算法案（Balanced Budget Act of 1997，BBA）提出家庭医疗保健服务开发和实施预付费系统（prospective payment system，PPS），直到2000年10月1日家庭健康预付费系统（Home Health Prospective Payment System，HHPPS）完全取代IPS[10]。

2.2 美国家庭健康预付费系统的实施模式

从2000年HHAs根据HHPPS实行，采用固定价格付款制度取代按项目付费，在HHPPS下的支付单位为

60 d 护理期的基本费用，包括所有承保的家庭健康服务，并根据患者所在地区的工资水平及所在的家庭健康资源组进行调整，进行打包捆绑支付[10]。家庭健康服务主要包括护理服务、家庭健康辅助服务、物理治疗、作业治疗、言语病理治疗、医务社会工作，以及医疗用品[9]。其中常规的医疗用品费用纳入 60 d 基本费率中，一些非常规医疗用品需要自己支付，称为非常规供应费用（non-routine supply payments， NRS）。HHRGs 的分组也在不断测算调整，刚开始实行 HHPPS 时，根据患者临床严重程度、功能损伤程度及服务利用程度这 3 个维度分为 80 个家庭健康资源组；临床严重程度是基于患者的临床诊断分数进行分级，功能损伤程度是基于患者进行日常生活活动能力分数进行分级，服务利用则是患者是否接受了 10 次或者更多次的上门服务及患者最近是否从综合医院、康复医院及长期照护机构出院进行分级[14]。到 2008 年，在继续使用临床严重程度及功能损伤程度（将每个维度级别数量减少到 3 个）的基础上，增加了一系列相近情况，为第三级或更高级的患者增加了单独的分组，同时建立了多次上门服务阈值，达到 153 个家庭健康分组[12]。2018 年两党预算法案提出新的家庭健康预付费支付模式，即患者分组驱动模型（the patient-driven groupings model，PDGM），其更多依赖于临床特征及患者其他信息，同时取消了上门服务阈值分类，达到 432 个家庭健康分组。2020 年起开始正式采用 PDGM 进行病例组合分组，见表 1。

2.3 美国 HHPPS 的患者分组驱动模型（PDGM）分组流程

2.3.1 PDGM 分组逻辑：PDGM 主要根据临床维度、功能维度以及服务维度进行分组。临床维度主要包括患者的临床诊断及合并症情况，功能维度是指患者的功能损害程度，服务维度主要包括患者的来源及护理时间。在开出家庭健康服务计划后，家庭健康机构根据结果和评估信息集（the outcome and assessment information set，OASIS）和医疗保险索赔信息集内的结果来获取患者具体信息，以此将患者分到相应的 432 个 HHRGs 组中的一组，并确定各家庭服务项目的需求。

OASIS 是一项综合评估，旨在收集与家庭护理接受者的人口统计信息、临床状态、功能状态和服务需求等近 100 个项目的信息[15]，PDGM 从 OASIS 获取的信息为功能损害程度（低、中、高）。从医疗保险索赔信息中主要获得：患者来源（社区或机构）、护理时间（早或晚）、基于报告主要诊断的 12 个临床分组［肌肉骨骼康复、神经 / 中风康复、伤口 - 术后伤口护理和皮肤 / 非皮肤护理、行为健康、综合护理干预、药物管理及教学评估（medication management， teaching， and assessment，MMTA）- 手术后护理、MMTA- 心脏和循环系统、MMTA- 内分泌、MMTA- 胃肠道和泌尿生殖系统、MMTA- 传染病及肿瘤和造血系统、MMTA- 呼吸、MMTA- 其他］、基于报告次要诊断的合并症分组（无、低、高）。分组详见图 1。

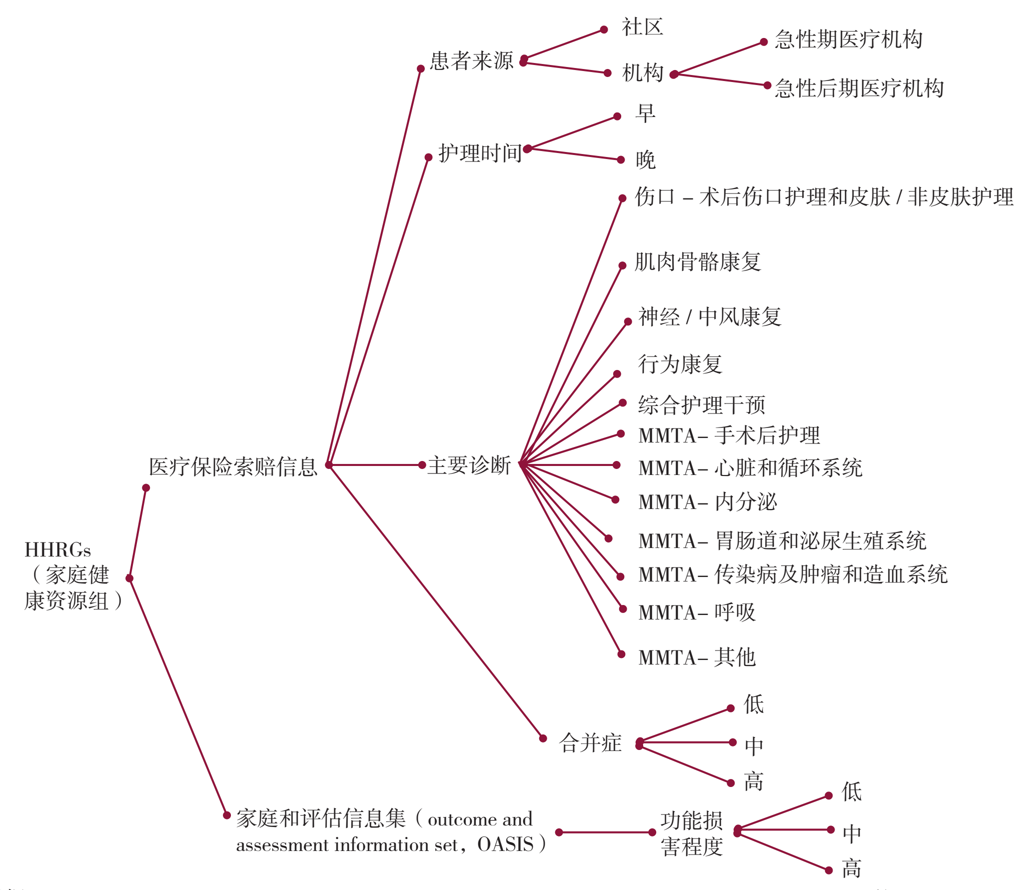
2.3.2 PDGM 分组情况：服务维度中，患者来源于社区和机构，主要取决于在进行家庭健康服务前 14 d 是否入住医疗保健机构，医疗保健机构包括急性期医疗机构及急性后期医疗机构，急性后期医疗机构包括长期照护机构、住院康复机构、护理院、精神病院；社区则指在使用家庭健康服务前 14 d 内未入住急性及急性后期医疗机构。目前 HHPPS 的支付单位为 30 d 护理周期的全部费用，而护理时间的早晚也是根据 30 d 护理期周期为单位，使用家庭健康保健服务的第一个 30 d 护理周期为早，第 1 个 30 d 护理周期结束之后，选择继续使用家庭健康服务的，其后面的 30 d 护理周期则称为晚；当结束家庭健康服务使用后，至少需要 60 d 的间隔期（即每 60 d 需要重新认定资格，并审查家庭服务计划），才能再次申请家庭健康服务。间隔期后再开启的第 1 个 30 d 护理期为早，此后与上述情况一致。

临床维度中，临床诊断采用的是 ICD-10 的疾病诊断编码，然后根据疾病诊断类型划分到 12 个临床分组，不同的临床分组资源利用不同。每个临床分组都会根据其疾病特点，提供不同的家庭健康服务，以肌肉骨骼康复、神经 / 中风康复两个临床分组为例，主要进行的家庭健康服务是针对肌肉骨骼、神经疾病或中风治疗，包括物理治疗、作业治疗和言语治疗[16]。

表 1 美国家庭健康预付费系统的家庭健康资源组（HHRGs）分组演变历程
Table1 Evolution of Family Health Resource Group （HHRGs） subgroups in the American Family Health prepaid system

项目	2000 年 10 月—2007 年 12 月	2008 年 1 月—2019 年 12 月	2020 年 1 月至今
分组依据	根据临床诊断：临床诊断分数，功能情况：功能损伤分数；服务使用：患者来源及服务使用次数（10 次为界）	根据临床诊断：临床诊断分数，功能情况：功能损伤分数；服务使用：患者来源及服务使用次数（不以 10 次为界，次数进行细分）	根据临床诊断：临床分组及合并症；功能情况：功能损伤情况；服务维度：护理时间，患者来源
分组数量	80 个 HHRGs 组	153 个 HHRGs 组	432 个 HHRGs 组
支付单位	60 d	60 d	30 d

注：资料来源，根据 Analysis of 2000-2008 Home Health Case-mix Change，Overview of the Patient-Driven Groupings Model （PDGM），Home Health Study Report，Analysis of 2006-2007 Home Health Case-mix Change 等整理。



注：根据 https：//www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/HomeHealthPPS/HH-PDGM 整理。

图 1 患者分组驱动模型（PDGM）下家庭健康资源组（HHRGs）分组模型

Figure 1 Family Health Resource Group （HHRGs） grouping model under Patient Group driven Model （PDGM）

合并症通常与较差的健康结局，较复杂的医疗需求、管理以及较高的护理费用相关[17]。因此 PDGM 中的合并症是根据患者的次要诊断结果进行划分，如果没有次要诊断，或没有符合低或高合并症调整的情况，为无合并症；如果次要诊断有一项与资源利用相关的合并症，即符合低共病组的，为低合并症调整；如果次要诊断有两项及两项以上与资源利用相关的合并症，即符合高共病交互组，则为高合并症调整，美国医疗保险和医疗补助服务中心（Centers for Medicare & Medicaid Services，CMS）对合并症分组有详细的说明及规定，低共病组有 20 种，（扫描二维码详见附表 1），高共病交互组有 87 种（扫描二维码详见附表 2）。

功能损害维度中，首先是根据患者 8 个项目的得分情况进行调整，每个临床分组制定不同范围的功能损害分数，来确定其功能损害程度级别，一般来说功能损害级别越高，资源利用越高[17]。这 8 个项目为住院的风险、修饰、上身穿脱、下身穿脱、洗澡、如厕、转移、行走[16]，具体的评分标准，详见表 2。

2.4 美国家庭健康预付费支付方式

2.4.1 美国家庭健康预付费系统基本思路：一般情况下，HHPPS 下的支付单位是全国标准化的 30 d 支付费用，根据病例组合和地区工资差异进行调整，标准化的 30 d 支付费用是指在合理费用基础上支付的包括所有覆盖的家庭健康服务以及医疗用品。一般情况下，医疗保险公司是按 30 d 的标准化费用进行支付。但如果 30 d 内上门服务次数低于其低使用率付款调整（物理治疗）（Lower Utilization Payment Adjustment，LUPA）阈值，则就诊时按提供服务的学科的每次标准就诊金额按次支付[14]。家庭健康服务包括 6 个学科，专业护理、家庭健康助理、物理治疗、作业治疗、言语语言病理学和医疗社会服务[17]。PDGM 中每个病例组合都有其各自的阈值，支付是根据其是否低于或超过该阈值来确定是按照每次标准就诊金额支付，还是按照 30 d 标准化支付费用支付。如果患者从一个家庭健康机构转移到另一个机构，或者是在最初的 30 d 护理期间从某一机构出院并重新从同一机构入院，这时候的付款是根据 30 d 期间以出院或者转移到重新入院的长度按比例分配，称为部分付款调整[16]。如果 30 d 期间的付款，超过每个案例组合的估算阈值金额，则称为异常支付，超过估算阈值金额的称为离群付款。离群费用将根据每个护理期报告的学科的

表 2 功能损害水平具体分类情况

Table 2 Specific classification of functional impairment level

项目	具体评分情况
住院风险（前 7 项，多于 4 项为是的回答，计 12 分；其余 8–10 项，均计为 0 分）	1. 住院风险 – 跌倒史（过去 12 个月内，跌倒两次或两次以上或者跌倒造成损失）（0= 否，1= 是）
	2. 住院风险 – 体重变化（过去 12 个月内，减轻 10 磅（≈ 4.54kg）以上）（0= 否，1= 是）
	3. 住院风险 – 住院情况（过去 6 个月内多次住院（两次及以上））（0= 否，1= 是）
	4. 住院风险 – 急诊情况（过去 6 个月内多次急诊就诊（两次及以上））（0= 否，1= 是）
	5. 住院风险 – 精神、情绪状态（过去三个月中精神、情绪或行为状态下降）
	6. 住院风险 – 医嘱（过去三个月报道或观察遵医嘱有困难（如吃药、饮食、锻炼））（0= 否，1= 是）
	7. 住院风险 – 吃药数量（目前服用 5 种或 5 种以上药物）（0= 否，1= 是）
	8. 住院风险 – 目前是否感觉筋疲力尽（0= 否，1= 是）
	9. 住院风险 – 以上 8 项之外还有其他风险（0= 否，1= 是）
	10. 住院风险 – 以上都没有（0= 否，1= 是）
修饰（00–03 级）（00–0 分，01–0 分，02–3 分，03–3 分）	00– 能够独立进行修饰，无论是否使用辅助设备或使用适当的方法
	01– 修饰工具必须放在触手可及的地方，才能完成美容活动
	02– 必须有人帮助病人进行修饰
	03– 病人需完全依靠其他人进行修饰
上身穿脱（00–03 级）（00–0 分，01–0 分，02–6 分，03–6 分）	00– 能在没有帮助的情况下，从壁橱和抽屉中取出衣服，穿上并从上半身取下。
	01– 如果衣服被铺开或递给病人，能够在没有帮助的情况下穿上上身
	02– 必须有人帮病人穿上上身衣服
	03– 病人的上身穿衣需要完全依靠他人
下身穿脱（00–03 级）（00–0 分，01–0 分，02–5 分，03–12 分）	00– 能在没有帮助的情况下获得、穿上和脱下衣服和鞋子
	01– 如果衣服和鞋子铺开或递给病人，能够在没有帮助的情况下穿着下半身
	02– 必须有人帮病人穿上下身衣服
	03– 病人的下身穿衣需要完全依靠他人
洗澡（00–06 级）（00–0 分，01–0 分，02–1 分，03–9 分，04–9 分，05–17 分，06–17 分）	00– 能够在淋浴或浴缸中独立洗澡，包括进出浴缸 / 淋浴
	01– 通过使用设备，能够在淋浴或浴缸中独立洗澡，包括进出浴缸 / 淋浴
	02– 能够在他人的间歇性帮助下在淋浴或浴缸中洗澡：（A）间歇性监督或鼓励或提醒，或（B）进出淋浴或浴缸，或（C）清洗难以触及的区域
	03– 能够自我淋浴或在浴缸中洗澡，但需要他人在整个洗澡过程中协助或监督
	04– 不能淋浴或使用浴缸，但能独立洗澡，无论是否使用水槽、椅子或马桶上的设备
	05– 不能淋浴或使用浴缸，但能够在他人的帮助或监督下，在床上、洗手池、床头椅或马桶上洗澡
	06– 不能自己有效的洗澡，需要完全依靠他人洗澡
如厕（00–04 级）（00–0 分，01–0 分，02–5 分，03–5 分，04–5 分）	00– 无论是否使用设备，都能独立进出厕所并进行转移
	01– 在其他人的提醒、帮助或监督下，能够进出厕所并转移
	02– 不能进出厕所，但可以使用床边的厕所（无论有没有辅助）
	03– 无法进出厕所，但能够独立使用便盆或小便器
	04– 完全依赖于如厕
转移（00–05 级）（00–0 分，01–3 分，02–7 分，03–7 分，04–7 分，05–7 分）	00– 能够独立转移
	01– 能够在使用最少人工帮助或使用辅助设备的情况下进行转移
	02– 能够承受转移过程中的重量和枢轴，但不能转移自己
	03– 不能转移自己，当被他人转移时，无法承受重量或枢轴
	04– 卧床不起，不能转移，但能够在床上转身和定位
	05– 卧床不起，不能转移，也不能转动和定位自己
行走（00–06 级）（00–0 分，01–0 分，02–7 分，03–6 分，04–19 分，05–19 分，06–19 分）	00– 能够在平坦和凹凸不平的表面上独立行走，并在有或没有栏杆的情况下通过楼梯（具体的说，不需要人工协助或辅助设施）
	01– 使用单手设备（例如拐杖、单拐杖、半步行器），能够在平坦和凹凸不平的表面上独立行走，并在有或没有栏杆的情况下通过楼梯
	02– 需要双手设备（例如助行器或拐杖）才能在平坦的表面上单独行走，和 / 或需要人监督或协助才能通过楼梯、台阶或凹凸不平的表面
	03– 任何时候都只能在他人的监督或帮助下行走
	04– 坐在轮椅不起，不能走动，但能独立驾驶
	05– 坐在轮椅不起，不能走动，也不能独立驾驶
	06– 卧床不起，不能走动，也不能坐在椅子上

注：根据分组软件说明 Home Health Grouper Software Installation and User Manual 整理。

每次标准就诊金额以及报告的就诊次数来估算。每年的家庭健康服务的国家异常支付总额将不超过 HHPPS 下估算支付总额的2.5%，具体的支付和调整情况详见图 2。

2.4.2 家庭健康预付费用计算：30 d 标准化费用的计算，首先根据去年的 30 d 标准化费用进行预算后，得到本年度 30 d 国家标化费用，然后根据具体的病例组合和地区工资差异进行计算。为了确保病例组合权重和工资指数修订的科学化，两者均以预算中性系数的方式实施测算，并用于下 1 年的 30 d 标准支付费用的计算中。通常情况下，病例混合权重预算中性系数和工资指数预算中性系数是使用最新的、完整的家庭健康索赔数据计算的[18]。此外，2016 年 HHPPS 引入了一个新的系数，即家庭健康系统付款更新率，此系数是根据 HHAs 机构上交的质量数据来测算家庭健康市场的成本情况，当机构未提交质量数据时，该系数将减少 2 个百分点[18]。以 2022 年的 30 d 国家标准化费用为例，2022 年 30 d 国家标准化费用 =2021 年 30 d 标化费用 × 病例混合权重重新校准中性因子 × 工资指数预测中性系数 ×2021 年付款更新，如表 3 所示。

表 3 2022 年美国 HHPPS 30 天国家标准支付费用

Table 3 2022 US HHPPS 30-day national standard payment fee

2021 年 30 d 标准化费用	病例混合权重重新校准中性因子	工资指数预测中性系数	2021 年付款更新	测算得到的 2022 年 30 天标准化费用
$1，901.12	1.0396	1.0019	提交质量数据：1.026	$2，031.64
			未提交质量数据：1.006	$1，992.04

注：CY 2022 Home Health Prospective Payment System Rate.

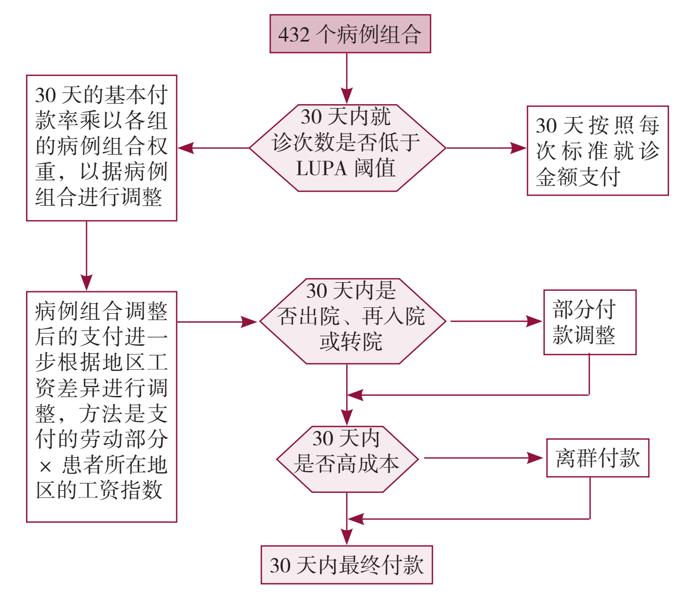


图 2 HHPPS30 天支付和调整情况

Figure 2 HHPPS 30 days to pay and adjust conditions

注：Payments and Payment Adjustments under the Patient Driven Groupings Model. https：//www.cms.gov/files/document/ se19028.pdf

Update，https：//www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2021-11-09/pdf/2021-23993.pdf

得到本年度 30 天标化费用后，将其乘以患者适用的病例组合权重，再将病例组合调整后的金额分为劳动力部分（占比 76.1%）和非劳动力部分（占比 23.9%），然后根据地区，将劳动部分乘以该地区工资指数，将工资调整部分与非劳动部分相加，再加上 NRS 费用，得到病例组合和工资调整后 30 天护理期的支付费用[18]。详见图 3。

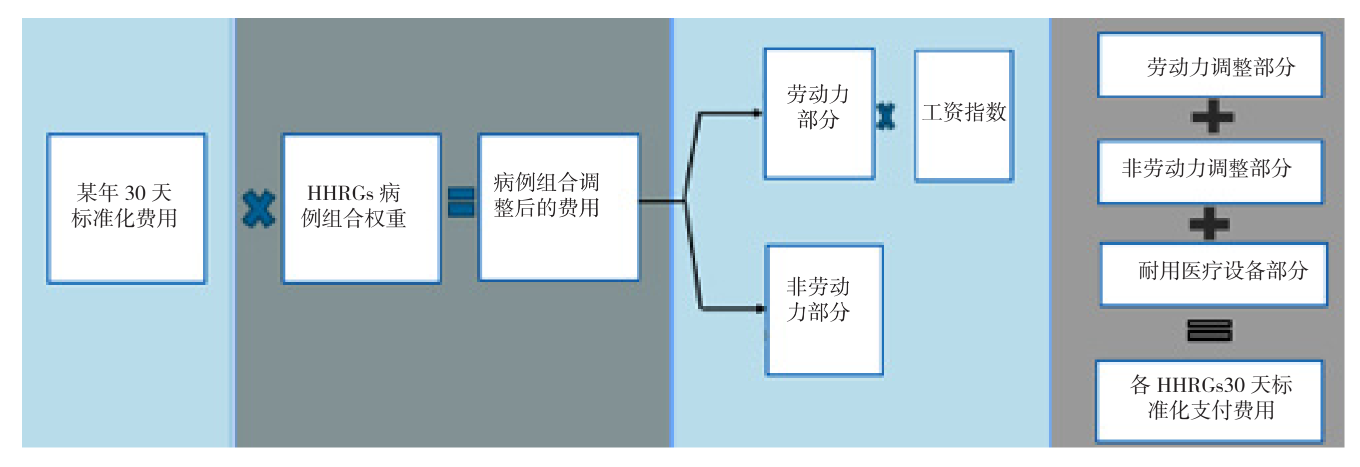
3 对我国的启示

3.1 建立标准化评估量表

美国建立了统一的评估系统，并将其纳入信息采集系统中。而目前国内虽然针对老年人的医疗护理需求制定了统一的老年照护评估量表[19]，但居家医疗服务内容除了涵盖护理服务外，还有康复治疗、中医服务、诊疗服务等，且该评估量表主要用于患者的首诊评估，并未将其纳入支付费用的考核中，该评估量表可能不能完全满足居家医疗服务的全部需求。目前我国还尚未建立统一标准化的针对居家医疗服务的评估量表，所以为了应对老龄化的到来，健全居家医疗服务体系，还需针对居家医疗制定更加合理完善的首诊评估量表。美国的家庭健康医疗费用分组中，除了将疾病诊断纳入了分组依据外，还将其评估分数纳入分组依据。而居家医疗服务中的康复治疗服务，其功能与康复治疗费用密切相关[20]。此外，美国学者研究证实物理治疗次数、言语治疗次数、护理次数以及家庭健康持续时间与患者再入院密切相关，而康复治疗的类型与评估密不可分[21]。支梦佳等[22]在对康复病种进行研究探讨时，也提出用合适的评估量表评估并采集患者功能数据是康复类支付方式改革的核心技术环节。因此应考虑将功能分数纳入预付制分组考核中，同时根据居家医疗服务的特点提供的相关服务以及适合居家医疗服务的疾病特点，参考美国预付费的评估系统，建立适合我国居家医疗服务的标准化评估量表。

3.2 开发和完善居家医疗服务信息收集系统

美国预付费分组及计算时，采用的数据资料来自于医疗保险索赔数据集及 OASIS。国内的住院医疗付费在实施推广 DRG、DIP 时，也对病案首页及医保付费信息进行收集，但主要局限于住院医疗服务，而在居家医疗服务中，这些关键数据还缺乏[23]。如美国家庭健康预付费制度中收集的上门服务次数，评估分数等均未纳入信息采集。居家医疗服务想要进行规范化管理和精细化计费，又必须依赖于标准规范的信息收集系统。家庭健康预付费系统中就根据结构和评估信息集以及医疗索赔信息集中收集的相关信息进行医保支付价格科学测算。



注：根据 Medicare Home Health Benefit Primer：Benefit Basics and Issues，：Benefit Basics and Issues，Home Health Prospective Payment System（HH PPS） Rate Update for Calendar Year （CY） 2021，Home Health Prospective Payment System （HH PPS） Rate Update for Calendar Year （CY） 2022，CY 2022 Home Health Prospective Payment System Rate Update 等整理

图 3 30 天标准化费用计算

Figure 3 30-day standardized cost calculation

我国包括长期护理保险、上门巡诊及家庭病床在内的居家医疗服务，都没有建立统一规范信息资源库，这对未来对居家医疗服务医保支付精细化管理十分不利。只有获得大量的患者疾病评估数据及费用数据并进行分析测算，才能制定科学、准确、稳定的分类组合和适宜的费用标准[24]。因此建立标准规范统一信息集和评估量表，再结合大量的费用数据，才能制定合理的分组模式及适宜的费用标准，让居家医疗服务持续发展。

3.3 多方面推动发展居家医疗服务，建立合理付费体系

我国虽然开展了上门巡诊、家庭病床服务及长护险来进行居家医疗服务，但基层卫生机构上门巡诊、家庭病床服务及长期护理保险服务的内容及数量有限，也较少拓展康复治疗等服务[25]。与美国等成熟的居家医疗模式相比，我国的居家医疗才刚刚起步，针对居家医疗，更加规范细致的法律尚不完善，可以借鉴国外居家医疗模式，从政策、资金、人才多方面角度，加大对居家医疗的支持与投入[26]。患者再入院与物理治疗与先制定好居家医疗的机构准入规范，患者收治规范，质量监控，数据收集，适当的激励政策等多方面规范政策，完善居家医疗体系，提高居家医疗服务使用率。现阶段居家医疗服务没有足够的实践的经验数据支撑，故在居家医疗开展的起步阶段，就应该制定科学规范信息收集系统，培养疾病编码的相关人才，为下一步居家付费模式测算提供准备基础。目前国内开展的居家医疗服务，大部分还是采取按项目付费的形式，居家失能老年人的长期照料负担和医疗负担较重，按服务项目付费方式未充分考虑提供居家医疗服务的医务人员劳动价值，收费偏低、定价不合理[27-28]，不能达到可持续的目的。应该建立一个可持续的以价值取向为基础的居家医疗付费模式。

3.4 借鉴家庭健康预付费系统，探索居家医疗支付

家庭保健是照顾老年人的一个重要方面，老年人更倾向于居家养老，随着我国老龄化程度的不断加深，居家医疗的需求也在不断扩大。美国健康预付费系统是目前预测最为准确的居家医疗支付方式，其从开始执行至今已有二十多年，已经过多轮的系统优化[12]。此外，美国提供家庭健康保健机构包含盈利性和非营利性机构，但其支付方式也均为预付费系统，其支付保险也多以美国联邦政府提供的 Medicare 和 Medicaid 两种为主[6,29]，我国现阶段已进入深度老龄化，在居家医疗服务体系上，存在着多元办医的形式，且长期护理保险也在进一步发展，而仅靠国家医保资金远不能支撑系统完善的居家服务体系，因此该模式对于我国居家医疗支付模式具有一定的参考价值。

4 小结

为了有效控制医疗费用的过快增长，美国大力扶持家庭健康保健服务，并开发了家庭健康机构家庭健康预付费系统（HHPPS），2018 年又提出了按照患者分组驱动模型（PDGM）的新的家庭健康预付费支付模式，2020 年起开始正式采用 PDGM 进行病例组合分组。我国应该借鉴美国家庭健康预付费系统的资源分组模型及收费模式计算，然而，我国居家医疗服务还处于起步阶段，各方面并不完善。现阶段，尚不能在美国家庭健康预付费系统的基础上建立适合我国的居家医疗付费体系。因此，应该先建立居家医疗各方面规范，采用多种激励政策，推动居家医疗服务的发展，在此基础上，建立科学规范的评估系统，信息采集系统，培养疾病编码人才，为后续到来的居家医疗井喷式发展，建立一个科学有效的付费模式，让居家医疗科学可持续的发展下去。



作者贡献：胡玉红、郭丽君负责文章的构思与设计、研究资料的收集与整理、论文撰写；彭向东、孙炜负责表格的编辑、整理；郭丽君、鲍勇负责论文修订、文章的质量控制及审校、对文章整体负责。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] 国家统计局.第七次全国人口普查主要数据情况[EB/OL].（2021-05-11）[2021-12-20].http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/202105/t20210510_1817176.html.

[2] 曾毅，冯秋石，Therese Hesketh，等.中国高龄老人健康状况和死亡率变动趋势[J].人口研究，2017，41（4）：22-32.

[3] 高大伟.健康老龄化视角下"医养结合"养老模式发展前景探究[J].现代经济信息，2019（21）：58，60.

[4] 医政医管局.关于加强老年人居家医疗服务工作的通知[EB/OL].（2020-12-29）[2022-10-22] http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7653pd/202012/19a2617ba8e641bea9ac2472ea04c82a.shtml.

[5] LEVINE S A，BOAL J，BOLING P A. Home care[J]. JAMA，2003，290（9）：1203-1207. DOI：10.1001/jama.290.9.1203.

[6] KIM H，NORTON E C. Practice patterns among entrants and incumbents in the home health market after the prospective payment system was implemented[J]. Health Econ，2015，24（Suppl 1）：118-131. DOI：10.1002/hec.3147.

[7] Medicare. Medicare costs at a glance.[EB/OL].[2022-10-22]. https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/medicare-costs-at-a-glance.

[8] 刘星辰，杨燕绥，李超凡.美国门诊病例分组预付制的经验及对我国的启示[J].中国卫生政策研究，2021，14（7）：48-54. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2021.07.007.

[9] HUCKFELDT P J，SOOD N，ESCARCE J J，et al. Effects of Medicare payment reform：evidence from the home health interim and prospective payment systems[J]. J Health Econ，2014，34：1-18. DOI：10.1016/j.jhealeco.2013.11.005.

[10] SCHLENKER R E，POWELL M C，GOODRICH G K. Initial home health outcomes under prospective payment[J]. Health Serv Res，2005，40（1）：177-193. DOI：10.1111/j.1475-6773.2005.00348.x.

[11] O'CONNOR M，HANLON A，NAYLOR M D，et al. The impact of home health length of stay and number of skilled nursing visits on hospitalization among Medicare-reimbursed skilled home health beneficiaries[J]. Res Nurs Health，2015，38（4）：257-267. DOI：10.1002/nur.21665.

[12] VAN DEN BULCK A O E，DE KORTE M H，ELISSEN A M J，et al. A systematic review of case-mix models for home health care payment：making sense of variation[J]. Health Policy，2020，124（2）：121-132. DOI：10.1016/j.healthpol.2019.12.012.

[13] CMS.Home Health Study Report[EB/OL].（2011-01-11）[2022-10-23].https：//www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/HomeHealthPPS/downloads/HHPPS_HHAcasemixgrowthFinalReport.pdf.

[14] SR Talaga. Medicare Home Health Benefit Primer：Benefit Basics and Issues[EB/OL].（2013-03-14）[2022-10-22]. https：//sgp.fas.org/crs/misc/R42998.pdf.

[15] O'CONNOR M，DAVITT J K. The Outcome and Assessment Information Set（OASIS）：a review of validity and reliability[J]. Home Health Care Serv Q，2012，31（4）：267-301. DOI：10.1080/01621424.2012.703908.

[16] CMS. Payments and Payment Adjustments under the Patient-Driven Groupings Model[EB/OL].（2019-11-22）[2022-10-22]. https：//www.cms.gov/files/document/se19028.pdf.

[17] CMS. Overview of the Patient-Driven Groupings Model（PDGM）[EB/OL].（2019-02-12）[2022-10-22]. https：//www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/NPC/Downloads/2019-02-12-PDGM-Presentation.pdf.

[18] CMS. CY 2022 Home Health Prospective Payment System Rate Update; Home Health Value-Based Purchasing Model Requirements and Model Expansion; Home Health and Other Quality Reporting Program Requirements; Home Infusion Therapy Services Requirements; Survey and Enforcement Requirements for Hospice Programs; Medicare Provider Enrollment Requirements; and COVID - 19 Reporting Requirements for Long- Term Care Facilities.[EB/OL].（2021-11-09）[2022-10-22].https：//www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2021-11-09/pdf/2021-23993.pdf.

[19] 医政医管局.关于开展老年护理需求评估和规范服务工作的通知[EB\OL].（2019-08-26）[2021-05-11].http：//www.nhc.gov.cn/yzygj/s7653/201908/426ace6022b747ceba12fd7f0384e3e0.shtml.

[20] 盛政，李月霞，阮艺华.建立以功能相关分类为基础的康复住院医保支付方式的探索与思考[J].中国医疗保险，2018（11）：45-48. DOI：10.19546/j.issn.1674-3830.2018.11.010.

[21] KNOX S，DOWNER B，HAAS A，et al. Home health utilization association with discharge to community for people with dementia[J]. Alzheimers Dement，2022，8（1）：e12341. DOI：10.1002/trc2.12341.

[22] 胡琳琳，龙飞，李佳，等.康复病组按价值付费的"长沙模式"[J].中国医疗保险，2022（6）：74-79. DOI：10.19546/j.issn.1674-3830.2022.6.015.

[23] 首都医科大学国家医疗保障研究院.国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范（2021-12-20）[2022-10-11]. http：//www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/30/content_5565845.htm.

[24] 胡琳琳，支梦佳，黄春芳，等.急性后期医疗服务医保支付方式的美国经验与启示[J].中国医疗保险，2021（10）：75-80. DOI：10.19546/j.issn.1674-3830.2021.10.011.

[25] 赵君，王芳，汝小美，等.我国居家社区医养结合服务现状研究——基于34家机构的定性访谈资料[J].中国卫生政策研究，2022，15（8）：11-16. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2022.08.003.

[26] 柏萌，葛浩通，姚能亮，等.探索中的居家医疗服务模式比较研究[J].中国全科医学，2021，24（19）：2379-2384. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.229.

[27] 安磊，么莉，冯晶晶，等.美国医保支付制度改革对我国康复护理服务的启示[J].中国卫生质量管理，2022，29（4）：9-12. DOI：10.13912/j.cnki.chqm.2022.29.04.03.

[28] 扆运杰，袁莎莎，黄洁，等.基于观察法的北京市丰台区居家医疗服务研究[J].中国初级卫生保健，2022，36（3）：35-

38. DOI：10.3969/j.issn.1001-568X.2022.03.0011.
［29］MUKAMEL D B，FORTINSKY R H，WHITE A，et al. The policy implications of the cost structure of home health agencies［J］. Medicare Medicaid Res Rev，2014，4（1）：mmrr2014.004.01. a03. DOI：10.5600/mmrr2014-004-01-a03.

（收稿日期：2023-09-23；修回日期：2024-01-11）
（本文编辑：崔莎）

附表1 美国家庭健康预付费系统的低共病亚组

组别	说明
循环系统 7	包括动脉粥样硬化，包括外周血管病
循环系统 9	包括急性和慢性栓塞和血栓形成
循环系统 10	包括伴有溃疡的静脉曲张
内分泌系统 4	包括其他综合免疫缺陷和营养不良，包括移植物抗宿主病
心脏 10	包括心律失常，包括心房颤动和心房扑动
心脏 11	包括心力衰竭
肌肉骨骼系统 1	包括狼疮
肌肉骨骼系统 2	包括类风湿性关节炎
肿瘤 1	包括唇部、口腔和咽部的恶性肿瘤，包括头颈癌
肿瘤 2	包括消化器官的恶性肿瘤，包括胃肠癌
肿瘤 18	包括继发于泌尿生殖系统、皮肤、脑和骨骼的肿瘤
神经系统 5	包括帕金森氏症
神经系统 7	包括截瘫、偏瘫和四肢瘫痪
神经系统 10	包括糖尿病合并神经病变
神经系统 11	包括糖尿病视网膜病变和黄斑水肿
呼吸系统 9	包括呼吸衰竭
皮肤 1	包括皮肤脓肿、蜂窝织炎、淋巴管炎
皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡。
皮肤 4	包括第二阶段到第四阶段，以及按地点划分的不可分级的压疮
脑 4	包括脑血管疾病的后遗症，包括脑动脉粥样硬化和中风后遗症

注：根据分组软件说明 Home Health Grouper Software Installation and User Manual 整理



附表 2 美国家庭健康预付费系统的高共病交互组

序号			说明	
1	行为 2	包括情绪障碍、抑郁和双相情感障碍	神经系统 5	包括帕金森氏症
2	行为 2	包括情绪障碍、抑郁和双相情感障碍	神经系统 7	包括截瘫、偏瘫和四肢瘫痪
3	行为 2	包括情绪障碍、抑郁和双相情感障碍	皮肤 4	包括第二阶段到第四阶段，以及按地点划分的不可分级的压疮
4	行为 4	包括精神病、严重抑郁和分离性障碍，包括不明原因的痴呆症	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
5	行为 4	包括精神病、严重抑郁和分离性障碍，包括不明原因的痴呆症	皮肤 4	包括第二阶段到第四阶段，以及按地点划分的不可分级的压疮
6	行为 4	包括精神病、严重抑郁和分离性障碍，包括不明原因的痴呆症	神经系统 5	包括帕金森氏症
7	行为 5	包括恐惧症、其他焦虑症和强迫症	神经系统 7	包括截瘫、偏瘫和四肢瘫痪
8	脑 1	包括无脑梗塞的前脑 / 脑动脉闭塞 / 狭窄	脑 4	包括脑血管疾病的后遗症，包括脑动脉粥样硬化和中风后遗症
9	脑 4	包括脑血管疾病的后遗症，包括脑动脉粥样硬化和中风后遗症	神经系统 10	包括糖尿病合并神经病变
10	脑 4	包括脑血管疾病的后遗症，包括脑动脉粥样硬化和中风后遗症	循环系统 2	包括高血压慢性肾脏疾病
11	脑 4	包括脑血管疾病的后遗症，包括脑动脉粥样硬化和中风后遗症	心脏 11	包括心力衰竭
12	脑 4	包括脑血管疾病的后遗症，包括脑动脉粥样硬化和中风后遗症	神经系统 5	包括帕金森氏症
13	脑 4	包括脑血管疾病的后遗症，包括脑动脉粥样硬化和中风后遗症	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
14	脑 4	包括脑血管疾病的后遗症，包括脑动脉粥样硬化和中风后遗症	皮肤 4	包括第二阶段到第四阶段，以及按地点划分的不可分级的压疮
15	脑 4	包括脑血管疾病的后遗症，包括脑动脉粥样硬化和中风后遗症	循环系统 7	包括动脉粥样硬化，包括外周血管病
16	循环系统 1	包括营养性、酵母性和其他遗传性贫血	神经系统 5	包括帕金森氏症
17	循环系统 1	包括营养性、酵母性和其他遗传性贫血	皮肤 1	包括皮肤脓肿、蜂窝织炎、淋巴管炎
18	循环系统 1	包括营养性、酵母性和其他遗传性贫血	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
19	循环系统 1	包括营养性、酵母性和其他遗传性贫血	神经系统 7	包括截瘫、偏瘫和四肢瘫痪
20	循环系统 2	包括高血压慢性肾脏疾病	神经系统 5	包括帕金森氏症
21	循环系统 2	包括高血压慢性肾脏疾病	神经系统 7	包括截瘫、偏瘫和四肢瘫痪
22	循环系统 2	包括高血压慢性肾脏疾病	皮肤 4	包括第二阶段到第四阶段，以及按地点划分的不可分级的压疮
23	循环系统 4	包括脑动脉粥样硬化和中风后遗症	神经系统 7	包括截瘫、偏瘫和四肢瘫痪
24	循环系统 4	包括脑动脉粥样硬化和中风后遗症	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
25	循环系统 7	包括动脉粥样硬化，包括外周血管病	神经系统 5	包括帕金森氏症
26	循环系统 7	包括动脉粥样硬化，包括外周血管病	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
27	循环系统 9	包括急性和慢性栓塞和血栓形成	神经系统 10	包括糖尿病合并神经病变
28	循环系统 9	包括急性和慢性栓塞和血栓形成	肾 3	包括尿崩症
29	循环系统 9	包括急性和慢性栓塞和血栓形成	内分泌系统 4	包括其他综合免疫缺陷和营养不良，包括移植物抗宿主病
30	循环系统 10	包括伴有溃疡的静脉曲张	心脏 9	包括瓣膜疾病
31	循环系统 10	包括伴有溃疡的静脉曲张	肌肉骨骼系统 3	包括关节疼痛
32	循环系统 10	包括伴有溃疡的静脉曲张	内分泌系统 1	包括甲状腺功能减退
33	循环系统 10	包括伴有溃疡的静脉曲张	内分泌系统 3	包括 1 型、2 型和其他特定的糖尿病
34	循环系统 10	包括伴有溃疡的静脉曲张	呼吸系统 5	包括慢性阻塞性肺病和哮喘
35	循环系统 10	包括伴有溃疡的静脉曲张	心脏 12	包括其他心脏病
36	循环系统 10	包括伴有溃疡的静脉曲张	神经系统 10	包括糖尿病合并神经病变
37	循环系统 10	包括伴有溃疡的静脉曲张	心脏 11	包括心力衰竭
38	循环系统 10	包括伴有溃疡的静脉曲张	内分泌系统 5	包括肥胖、代谢紊乱和液体平衡
39	循环系统 10	包括伴有溃疡的静脉曲张	心脏 10	包括心律失常，包括心房颤动和心房扑动
40	循环系统 10	包括伴有溃疡的静脉曲张	神经系统 11	包括糖尿病视网膜病变和黄斑水肿
41	循环系统 10	包括伴有溃疡的静脉曲张	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
42	内分泌系统 1	包括甲状腺功能减退	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
43	内分泌系统 1	包括甲状腺功能减退	皮肤 4	包括第二阶段到第四阶段，以及按地点划分的不可分级的压疮
44	内分泌系统 3	包括 1 型、2 型和其他特定的糖尿病	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
45	内分泌系统 3	包括 1 型、2 型和其他特定的糖尿病	皮肤 4	包括第二阶段到第四阶段，以及按地点划分的不可分级的压疮
46	内分泌系统 4	包括其他综合免疫缺陷和营养不良，包括移植物抗宿主病	神经系统 7	包括截瘫、偏瘫和四肢瘫痪
47	内分泌系统 4	包括其他综合免疫缺陷和营养不良，包括移植物抗宿主病	皮肤 4	包括第二阶段到第四阶段，以及按地点划分的不可分级的压疮

（续附表 2）

序号			说明	
48	内分泌系统 5	包括肥胖、代谢紊乱和液体平衡	神经系统 5	包括帕金森氏症
49	内分泌系统 5	包括肥胖、代谢紊乱和液体平衡	皮肤 1	包括皮肤脓肿、蜂窝织炎、淋巴管炎
50	内分泌系统 5	包括肥胖、代谢紊乱和液体平衡	神经系统 7	包括截瘫、偏瘫和四肢瘫痪
51	内分泌系统 5	包括肥胖、代谢紊乱和液体平衡	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
52	心脏 8	包括其他肺原性心脏病	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
53	心脏 9	包括瓣膜疾病	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
54	心脏 10	包括心律失常，包括心房颤动和心房扑动	皮肤 1	包括皮肤脓肿、蜂窝织炎、淋巴管炎
55	心脏 10	包括心律失常，包括心房颤动和心房扑动	皮肤 4	包括第二阶段到第四阶段，以及按地点划分的不可分级的压疮
56	心脏 11	包括心力衰竭	皮肤 1	包括皮肤脓肿、蜂窝织炎、淋巴管炎
57	心脏 11	包括心力衰竭	神经系统 7	包括截瘫、偏瘫和四肢瘫痪
58	心脏 11	包括心力衰竭	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
59	心脏 12	包括其他心脏病	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
60	传染性 1	包艰难梭菌、耐甲氧西林金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、脓毒症	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
61	传染 1	包括艰难梭菌、耐甲氧西林金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、脓毒症	皮肤 4	包括第二阶段到第四阶段，以及按地点划分的不可分级的压疮
62	肌肉骨骼系统 2	包括类风湿性关节炎	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
63	肌肉骨骼系统 3	包括关节疼痛	神经系统 5	包括帕金森氏症
64	肌肉骨骼系统 3	包括关节疼痛	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
65	肌肉骨骼系统 3	包括关节疼痛	呼吸系统 9	包括呼吸衰竭
66	肌肉骨骼系统 4	包括腰椎管狭窄症	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
67	肌肉骨骼系统 4	包括腰椎管狭窄症	皮肤 4	包括第二阶段到第四阶段，以及按地点划分的不可分级的压疮
68	神经系统 4	包括阿尔茨海默病和相关痴呆症	肾 3	包括尿崩症
69	神经系统 4	包括阿尔茨海默病和相关痴呆症	神经系统 7	包括截瘫、偏瘫和四肢瘫痪
70	神经系统 4	包括阿尔茨海默病和相关痴呆症	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
71	神经系统 5	包括帕金森氏症	肾 3	包括尿崩症
72	神经系统 5	包括帕金森氏症	神经系统 7	包括截瘫、偏瘫和四肢瘫痪
73	神经系统 5	包括帕金森氏症	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
74	神经系统 7	包括截瘫、偏瘫和四肢瘫痪	肾 3	包括尿崩症
75	神经系统 7	包括截瘫、偏瘫和四肢瘫痪	皮肤 4	包括第二阶段到第四阶段，以及按地点划分的不可分级的压疮
76	神经系统 10	包括糖尿病合并神经病变	神经系统 5	包括帕金森氏症
77	神经系统 10	包括糖尿病合并神经病变	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
78	神经系统 10	包括糖尿病合并神经病变	皮肤 4	包括第二阶段到第四阶段，以及按地点划分的不可分级的压疮
79	神经系统 11	包括糖尿病视网膜病变和黄斑水肿	皮肤 4	包括第二阶段到第四阶段，以及按地点划分的不可分级的压疮
80	肾 1	包括慢性肾脏疾病和终末期肾病	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
81	肾 1	包括慢性肾脏疾病和终末期肾病	皮肤 4	包括第二阶段到第四阶段，以及按地点划分的不可分级的压疮
82	肾 3	包括尿崩症	皮肤 4	包括第二阶段到第四阶段，以及按地点划分的不可分级的压疮
83	呼吸系统 4	包括支气管炎和肺气肿	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
84	呼吸系统 5	包括慢性阻塞性肺病和哮喘	皮肤 4	包括第二阶段到第四阶段，以及按地点划分的不可分级的压疮
85	呼吸系统 9	包括呼吸衰竭	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
86	皮肤 1	包括皮肤脓肿、蜂窝织炎、淋巴管炎	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡
87	皮肤 3	包括动脉、小动脉和毛细血管的疾病，有溃疡和无压力性慢性溃疡	皮肤 4	包括第二阶段到第四阶段，以及按地点划分的不可分级的压疮

注：根据分组软件说明 Home Health Grouper Software Installation and User Manual 整理